



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN

Tesis

**Gestión participativa del Modelo de Convivencias en
Salud del pueblo indígena Nahoá Salinas de Nagualapa,
Municipio de Tola, Departamento de Rivas,
Enero – Septiembre 2009**

Para optar al grado de:
Máster en Salud Intercultural

Autor: Lic. María José Mendoza Galán

Guía Espiritual: Sra. María Gabriela Obando

Tutor: MSc. Víctor Manuel del Cid Lucero

Nicaragua, Diciembre 2009

CONTENIDO

DEDICATORIA.	4
I. Resumen:	5
Summary:	7
II. Introducción.	9
2.1.Descripción del contexto del estudio	9
2.2 Antecedentes, justificación y propósitos	14
III. Objetivos:	18
3.1. Objetivo general:	18
3.2. Objetivos Específicos.	18
IV. Marco teórico.	19
4.1. Marco Jurídico del derecho a la salud	19
4.2. La Integralidad de las acciones en los servicios de salud	23
4.3. Control social en todos los procesos para el desarrollo comunitario	26
4.4. Factores condicionantes de la participación social	27
4.5. Factores relacionados con el contexto de los participantes	29
V. Metodología.	33
5.1. Enfoque	33
5.2. La Comunidad sujeto de estudio	34
5.3. Instrumentos de recolección de información.	35
5.4. Técnicas de recolección de la información	35
5.5. Revisión documental:	37
5.6. Recorrido metodológico de la investigación	37
VI. Resultados y discusión:	38
6.1. En el tiempo, espacio y cosmos:	38
6.2. Cómo se promueve la interculturalización del MOSAFC:	38
6.3. Acciones.	39
6.4. Elementos de la Cosmovisión y Espiritualidad en la revitalización del modelo de convivencias comunitarias que aportan valores al MOSAFC:	39

6.5. El conocimiento indígena, un Arte en el entendimiento y saberes en el Modelo de Convivencias Comunitarias en salud	40
6.6. Principios del modelo de convivencias comunitarias:	47
6.7 Aportes generados desde el Modelo Convivencias comunitarias, el aprovisionamiento y gestión de los servicios de salud que interculturaliza el MOSAFC.	49
6.8. Encuentros y desencuentros de la participación comunitaria en el sistema de referencia y contra referencias comunitarias:.	53
6.9. Aportes a la Gestión de los servicios de salud	55
VII. Conclusiones y recomendaciones	60
7.1. Conclusiones	60
7.2. Recomendaciones.	62
VIII. Bibliografía consultada	63
IX. Anexos.	65

DEDICATORIA

Al Gran Padre Corazón del Cielo y a la Madre Tierra por brindar el Don del conocimiento y Sabiduría a los Maestros de URACCAN, a los Sabios y Sabias de la Catedra indígena, a los Mayores y Abuelas que compartieron sus saberes en el caminar en la vida y me permitieron cumplir el Sueño de mi Madre y Padre Qepd, *"Aprenderan la escritura y caminaran para ayudar a nuestros hermanos, *"Prepararse para servir a los demás en la vida, es nuestro legado"**.

En Especial:

A mis hermanos: Javier, Henry y Carlos por sus aportes, motivaciones y energías que me brindaron para cumplir este sueño.

A los fundadores de la Red de Pueblos Indígenas Pacífico Centro Norte -APRODIN: Cacique Miguel Ángel Gómez, Mayores: Isidro Díaz, Justo Gutiérrez, Justo Ruíz, Genaro Martínez Quintero, Guillermina Moreno y Rita Medina. Porque sin ellos no continuaría los sueños de la resignificación de Autonomía comunitaria en Salud.

A mi tutor Maestro Victor del Cid por su asesoría invaluable y continua motivación.

Al equipo de investigadoras que me apoyaron en la facilitación de esta experiencia: Margine Raquel García López, antropóloga indígena de ascendencia chorotega y Ana Bell Leiva villachica estudiante de Sociología URACCAN Nueva Guinea.

A las Autoridades indígenas, red de convivencias comunitaria de Salinas de Nagualapa, en especial: Abuela mayor y guía espiritual María Gabriela Obando, Mayor Víctor Torrez y Bartolomé López, Marcia Torres, Adela Acevedo, Jorge Acosta, Luz Milda Silva y Martha Alicia Romero.

Continuemos juntos por el camino de nuestros ancestros...

Tlazocomati / Gracias

I. RESUMEN:

El propósito de esta investigación es valorar el proceso de gestión participativa del sistema de convivencias comunitarias en salud que propicia la interculturización del Modelo de atención en el pueblo indígena Nahoá, Salinas de Nagualapa, Municipio de Tola, Departamento de Rivas.

Se utilizaron herramientas metodológicas de trabajo comunitario, tales como la rueda de sabios, asambleas comunitarias, intercambios de experiencias y grupos focales, entrevistas colectivas e individuales.

Los resultados encontrados muestran que la base que sustenta el modelo de convivencias es la cosmovisión y espiritualidad, el arte del cuidar, arte de educar y el arte de sanar, así como la concepción holística del proceso salud enfermedad. El cuidado se centra en la persona, familia, comunidad y no en la enfermedad, estos son valores que rigen el Buen Vivir.

Los resultados del estudio destacan que para construir las estrategias que aporten a un sistema de salud intercultural, tiene que tener como base las artes de las convivencias comunitarias y la reafirmación de la cosmovisión, la espiritualidad y utilización de metodologías participativas de trabajo comunitario, involucrando en todo el proceso a la juventud y niñez. Otro aprendizaje es que se debe fortalecer el papel de los mayores en la transmisión de saberes y en la armonización del caminar ancestral en todo proceso de educación para la convivencia, en las prácticas de cuidado y el empoderamiento de los maestros indígenas.

Entre las recomendaciones a las autoridades del Ministerio de Salud, resalta la necesidad de potencializar las redes de convivencias comunitarias, la realización de análisis de la situación en salud intercultural y la generación de estadísticas con variables y sub-variables étnicas.

A las autoridades indígenas se les recomienda continuar con las ruedas de saberes para aportar al perfil de los especialistas del entendimiento ancestral desde su propia cultura y potencializar la red de convivencias comunitarias.

Palabras claves: gestión participativa, salud intercultural, convivencia comunitaria, entendimiento ancestral.

SUMMARY:

The purpose of this research is to appraise the process of participative management of the system of communal harmonization in health, which favours the “interculturalization” of the health model in the Nahoia indigenous community of Salinas de Nagualapa, in the municipality of Tola, in the department of Rivas.

Methodological tools of communal field work were used, such as the wheel of the wise, communal assemblies, exchanges of knowledge and focus groups, as well as collective and individual interviews.

The obtained results show that the bases supporting the model of harmonization are cosmovision and spirituality, the art of care taking, the art of educating and the art of curing, as well as the holistic conception of the health/disease process. Care taking is concerned with the person, the family and the community and not the disease; these are values that subscribe to the concept of “Buen Vivir” (“Good Living”).

The results of the study emphasize that, in order to construct strategies that contribute to an intercultural health system, it has to have as a foundation the arts of communal harmonization and the reaffirmation of cosmovision, spirituality and the use of participative methodologies of communal work, involving the youth and children in the whole process. Another finding is that the role of the elderly in the transmission of knowledge and in the harmonization of the “ancestral way” in the whole process of education towards communal harmonization, in the practice of care taking and the reinforcement of the indigenous teachers need to be strengthened.

Amongst the recommendations made to the authorities of the Ministry of Health stand out the necessity to build up the network of communal harmonization, the completion of an analysis of the situation of intercultural health and the creation of statistics with variables and ethnic sub-variables.

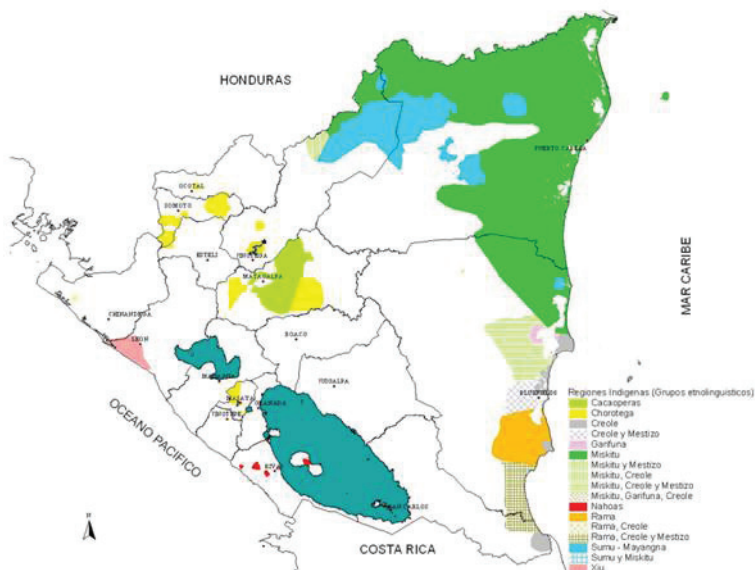
It is recommended to the indigenous authorities to continue with the wheels of knowledge to contribute to the profile of specialists of ancestral understanding from the point of view of their own culture and to promote the network of communal harmonization.

Key words: participative management, intercultural health, communal harmonization, ancestral understanding.

II. INTRODUCCIÓN

2.1.DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO DEL ESTUDIO

La población indígena en Nicaragua representa el 15% de la población total. Como se observa en el mapa, en la Costa Caribe se ubican los pueblos indígenas (Mayagnas-Sumus, Miskitos y Ramas) y afro descendientes (Creole y garífunas). En las regiones Pacífico Centro Norte se ubican 333,000 habitantes de Pueblos indígenas de ascendencias Chorotegas, Cacaoperas, Xiu y Nahoas.



De acuerdo a Martínez Olguín (2006)¹, estos veintidós pueblos indígenas del pacífico centro norte abarcan 9 departamentos y 29 municipios. Tienen distintos documentos históricos legales que acreditan

¹ Olguín Martínez, Gabriela. (2006) Estudio base sobre las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas del Pacífico, Centro y norte de Nicaragua, San José Costa Rica, Oficina Internacional del Trabajo, pág. 14. La ascendencia de mayor población es la chorotega, se encuentra dispersa en seis Departamentos del País: Madriz, Nueva Segovia, Jinotega, Matagalpa, Chinandega y Masaya, los Cacaoperas en el Departamento de Matagalpa, los Xiu en el Departamento de León y parte de Chinandega y los Nahoas en el Departamento de Rivas.

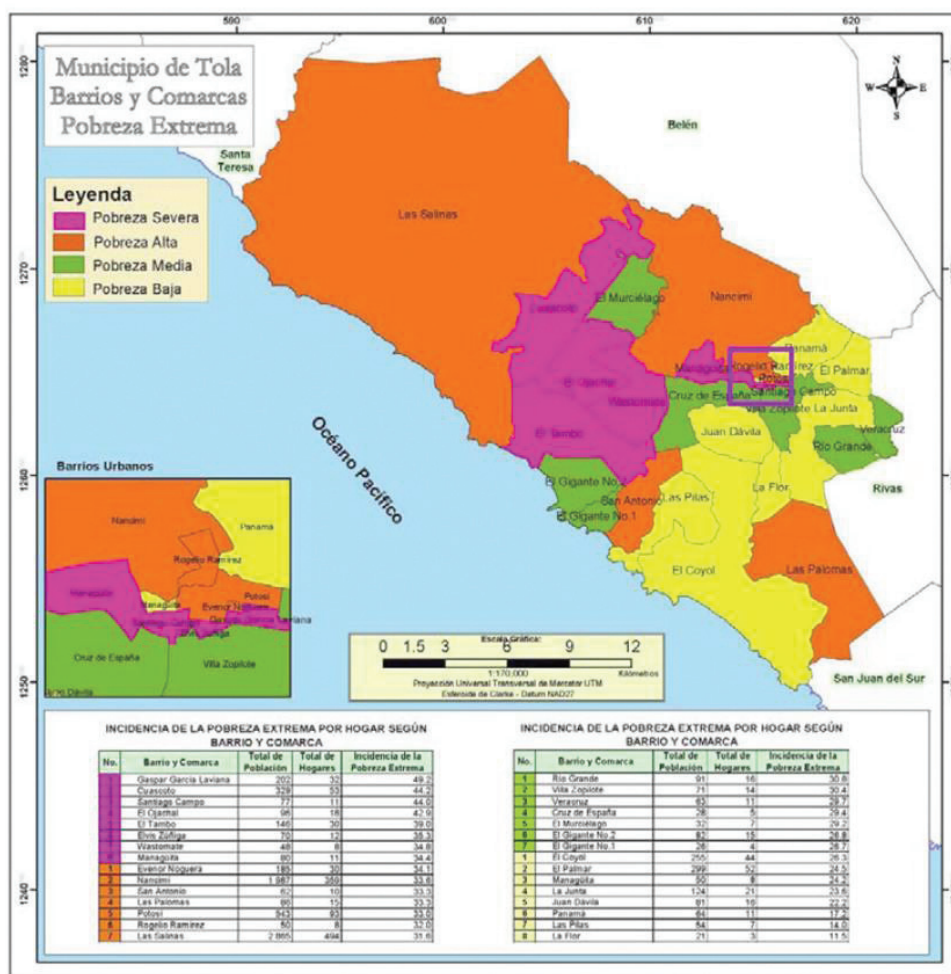
su derecho de propiedad colectiva, sus propias formas organizativas, costumbres, creencias y tradiciones identitarias según el pensamiento de estas culturas.

¿Quiénes son los indígenas del Pueblo Salinas de Nagualapa?

El Pueblo indígena Salinas de Nagualapa, forma parte de los seis pueblos indígenas de ascendencia Nahoas 20,000 habitantes ubicados en el Departamento de Rivas, en el Municipio de Tola.

Según el análisis de situación en el Departamento de Rivas (OPS, 2000), Salinas de Nagualapa, se encuentra a 40 metros sobre el nivel del mar, con una densidad poblacional de 44 km², es una población en extrema pobreza, de cada 100 habitantes, 30 son pobres y 32 en extrema pobreza como se observa en el siguiente mapa, esta comunidad presenta el índice más alto de extrema pobreza.

MAPA 3. INCIDENCIA DE LA POBREZA EXTREMA POR HOGAR SEGÚN BARRIO Y COMARCA



Esta comunidad tiene la mayor incidencia de niños y niñas con discapacidad, un total 98 hogares y 416 hogares continúan con problemas de saneamiento básico.

El Pueblo Indígena Salinas de Nagualapa, se encuentran a 30 kilómetros del Municipio de Tola, en la zona costera, posee título real, con una extensión de 8 caballerías y cuarenta y tres manzanas.

Las Autoridades indígenas se organizan en una junta directiva que administra los bienes del Pueblo y una red de convivencias comunitarias integradas por Especialista en el entendimiento ancestral entre ellos, parteras, sobadores, naturistas, líderes y consejeros mayores.

Tienen un Puesto de Salud con un equipo básico familiar y comunitario, que brinda atención a esta población y tres comunidades aledañas. El personal de enfermería, es nativo, realiza sesiones de trabajo con los comunitarios, esto facilita la comunicación con las Autoridades indígenas para realizar cogestión y educación en salud.

Los reportes de vigilancia comunitaria que realizan los comunitarios no se registran conforme a la realidad de las intervenciones en salud. Todas las enfermedades de filiación cultural son traducidas a códigos occidentales enmascarando los indicadores de salud de esta población.

Factores ligados a la estructura de la red de servicios de salud:

- Modelo de atención curativo, fragmentado, segmentando e individualizado.
- Promueve la organización comunitaria a partir de brigadista, promotores y colaboradores voluntarios para cumplimiento de acciones en salud.
- No se reconoce la medicina tradicional, son prácticas empíricas.
- Sistema de vigilancia epidemiológica basada en las diez primeras causa de morbilidad.

Factores socioculturales

- Red de servicios de salud inaccesibles a la población indígena.
- Organización ancestral, consejeros ancianos, junta directiva, parteras, curanderos, sobadores, donde acuden la población para consejerías vinculantes con su entorno.

- Su primera fuente de atención basada en la medicina tradicional.
- Enfermedades de filiación cultural traducidas a códigos de la medicina Occidental.

Estos factores ligados a la estructura y a la cultura han generado conflictos por la manera de intervenir las acciones en salud las que no se ajustan a las necesidades de esta población.

La Red de Pueblos Indígenas y la APRODIN (Asociación de Promotores y Defensores Indígenas), a partir de un proceso participativo y de consenso con las Autoridades indígenas, lograron desde el año 2004 diálogos e intercambios sobre la situación de salud desde su enfoque integral y holístico en los 8 Departamentos donde habitan Pueblos Indígenas.

Este acercamiento y consulta a las bases generaron la firma en el año 2004 de un Convenio entre APRODIN, como ente facilitador de los Pueblos PCN y la Ministra de Salud (en el gobierno del Ing. Enrique Bolaños) Margarita Gurdíán, con el objetivo de promover modelos interculturales a partir de la coestión en salud para disminuir las brechas de inequidad y accesibilidad a estos servicios.

Diversas experiencias participativas enfocadas a la promoción de la salud en los Pueblos, pero no logro, concretar la propuesta de modelo desde la especificidad de la ascendencia.

A partir del proceso de revitalización de saberes ancestrales, se reinicia las acciones de acercamiento y diálogos con el Ministerio de Salud, logrando la oficialización del documento marco para implementar experiencias pilotos encaminadas a la construcción participativa del Modelo de convivencias comunitarias.

Así organizaron el Foro de convivencias comunitarias en salud, participando 5 delegados por pueblo y los directores de los SILAIS, en este evento, la Directora de servicios de salud, Doctora Vega, Leana

(2007), reitero el compromiso del Ministerio para continuar los espacios de conversación y diálogos interculturales implementar un modelo de salud, que ponga fin a la inequidad, mejorando el acceso y atención con énfasis en la medicina tradicional.

Esta decisión política estratégica permitió a las autoridades del SILAIS Rivas y Masaya, iniciar experiencias innovadoras en salud, contando con el apoyo del proyecto Nic/020 de la Cooperación de Luxemburgo.

2.2 ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITOS

La gestión social de la salud se consagró por primera vez en la Declaración de ALMA-ATA². En ese entonces se establecieron los principios fundamentales de responsabilidad y participación social para construir un sistema de salud que responda a las necesidades de los pueblos, adaptada a las condiciones locales. Este derecho a la participación en los sistemas de salud se establecieron desde 1966 en distintos instrumentos internacionales, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Posteriormente, en 1986, estos principios fueron ratificados en el artículo dos de la Declaración sobre el derecho al desarrollo.

Las actuales reformas en salud en América latina, posicionan en las políticas de descentralización, desconcentración y promoción de la participación social, principios fundamentales la atención primaria de salud y desarrollo sostenible que estima una asistencia sanitaria al alcance de los individuos, familias y comunidad, con plena participación en la planificación, la organización, el funcionamiento y control en cada una de las etapas de su desarrollo con autorresponsabilidad y autodeterminación.

² Organización panamericana de la salud, et al, 1978

De acuerdo al Estudio realizado en 17 Países de América Latina, (CEPAL, 2007) existen avances significativos en legislación en salud en 13 Países, entre ellos Nicaragua, lo que representa un logro en términos de derechos de los Pueblos indígenas, respecto a la accesibilidad, equidad, oportunidad de integralidad de los servicios de salud cuya prestación debe darse desde la pertinencia étnica.

El Informe Estado de la Región (2008) , menciona como estándar mínimo en derechos específico a los Pueblos indígenas, el Convenio 169 de la OIT y la Declaración Universal de derechos Humanos, destaca el derecho de los pueblos indígenas a vivir con dignidad, a buscar su desarrollo determinado desde su libre determinación, a su vez quince artículos ratifican su derecho a participar en las decisiones que afectan sus vidas, incluida la participación efectiva en sistema de gobiernos democráticos.

Estos derechos establecidos en la Constitución Política de Nicaragua, los procesos de participación comunitaria implementados desde la Ley General de Salud, la Ley de Participación Ciudadana, la Ley de Autonomía para el caso de la Costa Caribe y las políticas del Gobierno de Reconciliación Nacional que orientan la relación con los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

No obstante, el ejercicio de participación democrática en la gobernanza de territorial y en la gestión de los modelos de salud y educación intercultural son indistintamente aplicados en Nicaragua. En el caso de la Costa Caribe, la Ley de Autonomía establece entre las competencias de los órganos administrativos Autónomos, la participación efectiva en el diseño y ejecución de programas de desarrollo y la organización y administración de los servicios de salud en su jurisdicción respectiva, reconociendo los aportes de los sistemas de salud tradicionales.

Actualmente se implementa el Modelo de Salud Intercultural en ambas Regiones Autónomas con avances significativos en la Región Norte. Desde 1988 se han implementado proceso de participación social

en la gestión de los modelos de salud desde el pensamiento de las culturas Miskitu, Sumu- Mayagna, Rama, afro descendientes (Garífuna y Creoles) y mestizos. El Modelo de Atención en Salud Intercultural de la región Autónoma Atlántico Norte (MASI-RAAN), fue aprobado en 1997 por los Consejos Regionales Autónomo del Atlántico Norte, en el año 2006 se aprobó el Modelo de Atención en Salud Intercultural de la Región Autónoma Atlántico sur (MASI-RAAS).

Para el caso de los Pueblos indígenas del Pacífico Centro Norte, con un cuerpo de leyes obsoletas, se continúan propiciando esfuerzos de unidad entre las cuatro ascendencias (Chorotega, Nahoá, Cacaopera y Xiu) para lograr la aprobación del anteproyecto de Ley general de pueblos indígenas y la Ley de Medicina Tradicional. Ambas leyes son imprescindibles para el ejercicio pleno de la autonomía comunitaria, la gobernabilidad y la gestión de su sistema de salud intercultural. La base cultural de este ejercicio es la revitalización de las artes y saberes en el entendimiento ancestral, junto a las convivencias comunitarias en salud, la que se desarrolla como experiencia piloto en el Pueblo indígena, Salinas de Nagualapa.

El pueblo indígena Salinas de Nagualapa, ubicado en el Departamento de Rivas, logró durante el año 2008, la gestión participativa del Modelo de Convivencia Comunitaria en salud, proceso comunitario que revitaliza artes y saberes ancestrales, del cual, no se cuenta con información documentada, puesta en un sistema que permita el acceso a la misma.

Las Autoridades Indígenas de la Red de Pueblos Indígenas a planteado la necesidad de estudiar el proceso de construcción participativa de las convivencias comunitarias en salud, para que desde esta experiencia se aporten elementos conceptuales, filosóficos y metodológicos para interculturalizar el MOSAFC.

De ahí la importancia del presente estudio cualitativo, con enfoque en la Investigación Acción Participativa, que tiene como pregunta prin-

cial la siguiente: ***¿Cuál ha sido el proceso de gestión participativa del Modelo de Convivencias Comunitarias en Salud y sus aportes al MOSAFC, en el Pueblo indígena Salinas de Nagualapa, municipio de Tola, Departamento de Rivas, Enero – Septiembre 2009?***

En el proceso de investigación co-participativa interactuaron las Autoridades de salud y las autoridades indígenas tradicionales, como el entretejido social que propicia las condiciones dinámicas de un Modelo de Convivencias Comunitarias que aporta al Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.

El propósito de este estudio es aportar evidencias desde las prácticas del entendimiento de las convivencias comunitarias, del quehacer social en la gestión de su propia autonomía en salud a su vez proponer a la comunidad algunos elementos metodológicos que permitan replicar el conocimiento, experiencia, y saberes que brinden insumos a la construcción de un modelo de salud intercultural para estas poblaciones.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Valorar el proceso de gestión participativa del sistema de convivencias comunitaria en salud que propicia la interculturización del Modelo de atención en salud familiar y comunitario, en el Pueblo indígena Salinas de Nagualapa, Municipio de Tola, Departamento de Rivas, Enero – Septiembre 2009.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los elementos de Cosmovisión y Espiritualidad que revitalizan el modelo de Convivencias Comunitarias y aportan valores al MOSAFC.
- Identificar los aportes generados desde el Modelo de convivencia comunitaria en el aprovisionamiento y gestión de los servicios de salud que interculturiza el MOSAFC.
- Aportar elementos para construir una metodología para la gestión intercultural del Modelo de atención en salud Familiar y comunitaria, fundamentada en el sistema de convivencia comunitaria en los Pueblos indígenas del Pacífico Centro Norte.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud es un principio fundamental consignado en distintos instrumentos internacionales. En Nicaragua se sustenta un marco jurídico que reconoce la diversidad de culturas, con derecho a la salud en igualdad de condiciones, tutelados por la Ley General de Salud (Ley 243), cuyos principios son a su vez rectores de la participación Ciudadana:

- **Universalidad:** Una participación en igualdad de condiciones, sin distinción ni discriminación por motivos de raza, sexo, edad, etnias, religión, condición social, política u otras razones que pudiesen limitar el derecho a participar en los asuntos públicos y la gestión estatal, garantizando la cobertura del servicio de salud a toda la población.
- **Equidad:** Se proporciona a todos los sectores incluyendo a aquellos de mayor vulnerabilidad los instrumentos jurídicos y políticos colocándolos en igualdad de condiciones a fin de mejorar la condición y la calidad de vida. Es la oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables para resolver sus problemas de salud.
- **Solidaridad:** La participación ciudadana permite la expresión de los intereses superiores que llevan a la ciudadanía a actuar en procura del bien común, más allá de los intereses particulares. Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de las contribuciones y distribuciones de los recursos.
- **Participación social:** se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.

Participación ciudadana según el artículo 4 de la ley 475, se define como: "El proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar

en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado”.

Para el ejercicio pleno de participación que permita una comunicación e interacción fluida entre los comunitarios y el Estado que contribuya al empoderamiento comunitario y la democracia participativa se establecen mecanismos institucionales de participación, tal es el caso de los comités de desarrollo municipal y departamental, establecidos según el artículo 28, numeral 7 de la Ley de Municipios.

Estos comités de desarrollo, según el artículo 50 (Ley 475), son órganos consultivos del gobierno local donde participan las autoridades de los Pueblos y comunidades indígenas, contribuyendo en los procesos de diagnóstico, planes de desarrollo local, planificación participativa de políticas sectoriales y evaluación del impacto de las políticas públicas en sus poblaciones. Otros espacios de participación social, son los Consejos de Salud establecidos según el reglamento de la Ley General de Salud (Ley No.423), espacios donde las redes comunitarias participan y fortalecen la provisión de los servicios de salud.

Las actuales Políticas en salud apuntan al rescate de la Medicina Tradicional y el derecho a participar en sus distintas expresiones en la prestación de los servicios de salud, estimulan el desarrollo de la participación Ciudadana a partir del control social del sector salud en sus distintas expresiones de organización social que aportan a la articulación de acciones, las Instituciones y estas organizaciones territoriales en la definición de un modelo de desarrollo humano con mayor compromiso social y participación ciudadana.

La participación entonces es el proceso dinámico donde la comunidad toma parte en las decisiones de su buen vivir y a su vez es un medio para relacionarse con el Estado y otras Instituciones, a fin de negociar sus intereses en igualdad de condiciones y relativa autonomía

aunando esfuerzo para la satisfacción de las necesidades de la población pero no debe entenderse como un traslado de responsabilidad del Estado a las comunidades.

La participación social se ha definido como un medio para lograr mejorar las condiciones de salud. Desde ALMA ATA (1978), se incorpora el término participación en la estrategia de Atención Primaria (APS) en Salud, la cual es entendida como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el País puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”

También se establece que el pueblo tiene derecho a participar en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos nacionales y locales. La APS, es el primer contacto de la población con el sistema de salud, se basa en la atención integral, es decir que da respuesta a los problemas de salud con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, facilita el acceso a otras puertas de entrada a un nivel de asistencia superior o especializada, es continua y permanente, es descentralizada se acerca a la población lo que la hace accesible geográficamente.

Este enfoque de la familia, personas y comunidad en un continuo trabajo de interacción para recuperar la armonía, cuidar la Madre Tierra y las distintas formas de prevención está dirigida a un cambio estructural que aspira la aplicación en el ejercicio de los derechos humanos, este el contexto que establece la ley general de salud (Ley 423) y de su actual modelo de salud familiar y comunitario, (MOSAFC)

el cual se define como “el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan”.

Sus principios concretizan lo establecido en la Ley General de Salud y a la vez asume el principio de accesibilidad de la política nacional de población³:

“el respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población”.

“El papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”

“El respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”

La interculturalidad como propuesta ético político, más que acciones afirmativas promueve acciones transformativas, su esencia se basa en no reducirse a la promoción del respeto y la tolerancia antes bien incentivar el dialogo y el reconocimiento mutuo sin ignorar el carácter asimétrico de las relaciones interculturales. El insigne maestro Paulo Freire, insistía en su propuesta pedagógica en el diálogo. Un diálogo entre diferentes pero no entre antagónicos. El diálogo que se inspira en una teoría del conocimiento en el que se pasa de “hablar de” a “hablar con”, de manera que esta construcción mutua, como personas y como sociedades, sea inspirada en una epistemología no en-sí y para sí, sino más bien orientada al para-otros, hacia la creación de un nosotros solidario.

³ Nicaragua, Ministerio de acción social, Política de Población, Managua 1996.

Ese nosotros solidario que propone Freire, tiene en común con la interculturalidad, en que se basa en una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación. La interculturalidad es un proceso de convivencia, de empatía, entre grupos humanos diferentes conviviendo en un entorno **compartido**.

La Interculturalidad tiene nobles propósitos como éstos que se enumeran seguidamente:

Que exista un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no sólo el contacto, sino también el encuentro.

- a. Abarcar a las minorías, pero junto a la gran mayoría, y por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
- b. Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
- c. Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas.
- d. Enseñar a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.
- e. Desarrollar relaciones horizontales y promueve la sintonía y empatía.
- f. Reconocer el valor de la diversidad y la oportunidad de realizar sinergias a partir de percepciones y experiencias diferentes.

4.2. LA INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Este es otro principio del MOSAFC, donde cada persona perteneciente a una familia y a una comunidad, tiene deberes y derechos para la toma

de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Este enfoque integral y holístico del proceso salud enfermedad es el sustento de las convivencias comunitarias de los Pueblos Indígena, de su Cosmovisión y Espiritualidad está basada en valores y costumbres identitarias del pensamiento de estas culturas. Las convivencias comunitaria “es habitar cerca”, es ayudarse mutuamente, es armonía con el mundo natural que les rodea, con el mar, los astros, el sol, la luna que son parte vital de nuestra vida, así transmiten buenas energías a la comunidad expresa el especialista del entendimiento ancestral, el sabio indígena Santiago Silva.

De acuerdo al MINSA (2007), las convivencias comunitarias es un proceso en el cual el equipo de salud del MINSA y los pueblos indígenas organizados, se movilizan para mejorar la calidad de vida y salud de sus poblaciones al cual llamamos Convivencia Compartida en Salud.

Desde el sentir de los Pueblo indígena, las Convivencias comunitarias se comparten Artes y saberes, el **arte del cuidado** del territorio, el ecosistema, la Madre Tierra donde habitamos en comunidad y compartimos la armonía con el espacio y el tiempo acorde al derecho consuetudinario, el **arte de curar**, es un don de mente y espíritu que parte del entendimiento de los conocimientos y su aplicación práctica por los especialistas del entendimiento ancestral. El **arte de educar**, es enseñar, transmitir los conocimientos sobre su cultura de manera oral de Abuelos, Abuelas a Madres, Padres a Hijos, nietos”

Según Olguín Gabriela (2006), Estudio base sobre las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas del Pacífico Centro Norte, la percepción de la enfermedad en los pueblos nahoas, se vincula a no tener tierra, trabajo y alimentos, es un desequilibrio entre los seres humanos y la Madre Tierra.

Al respecto el sabio indígena Marcos Terrena miembro de la Cátedra Indígena de la Universidad Indígena Intercultural (UII) expresa: "No se puede separar la salud espiritual de la física o material, puesto que el pueblo indígena tiene niveles de enfermedad que solo se puede curar con la ciencia indígena". Estas relaciones con su entorno son relaciones sagradas del saber de un equilibrio que visiona el respeto a su propia vida de un mundo holístico, la salud centrada en el individuo, familia y comunidad.

Según el MOSAFC, para los pueblos indígenas, las comunidades son la unidad geográfica base de su organización y desde la colectividad mantienen la relación armónica entre sus miembros y la naturaleza, transmitiendo su espiritualidad y sus valores culturales. Estos ejes dinamizadores de la vida cotidiana se interrelacionan con la visión del proceso de salud-enfermedad, por tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.

Para que la gestión social de la salud sea eficiente el trabajo por sector debe realizarse uniendo los esfuerzos de coordinación entre la Red Comunitaria, las Autoridades Indígenas, los comités locales, instituciones y otros actores, fortaleciendo el tejido social para la promoción del desarrollo local con pertinencia cultural.

La red comunitaria está integrada por líderes comunitarios, promotores de salud, brigadistas populares de salud, parteras, colaboradores voluntarios (Col-Vol), curanderos, guías espirituales, clubes de adolescentes, consejos de ancianos, consejos del poder ciudadano, consejos comunitarios, consejos comarcales y otras formas de organización de la comunidad.

Desde la cosmovisión del pueblo de Salinas de Nagualapa, la organización comunitaria es un árbol de la vida, tal como fue expresado los mayores y líderes indígenas:

“Los abuelos y abuelas, los especialistas en el entendimiento ancestral son nuestras raíces, la junta directiva es el tronco y nosotros los comités somos las ramas ese es el árbol de la vida, si se unieran la red comunitaria el personal de salud es el tronco y la red comunitaria son las ramas así sería unificación y la cohesión del mundo”.

Según el MOSAFC, las características de la organización comunitaria son estas:

- **Activa:** Participación espontánea de la población en los Consejos del Poder Ciudadano y otras formas de organización comunitaria.
- **Permanente:** Se desarrolla de forma continua a lo largo de todo el proceso de promoción, prevención, búsqueda y mantenimiento de la salud.
- **Flexible:** Debe ser capaz de adecuarse a las necesidades y condiciones cambiantes de la sociedad y el ambiente en el que se desarrolla.
- **Articulada:** Integración de todos los actores claves del territorio, institucionales y no institucionales.

4.3. CONTROL SOCIAL EN TODOS LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO

En el ejercicio del control social participan miembros de la comunidad que han sido elegidos en asambleas comunitarias, los cuales se encuentran vinculados con el nivel municipal en la instancia de control social.

Para participar en el control social la comunidad organizada debe:

- Estar informada sobre la importancia y práctica del control social y sus beneficios para el desarrollo comunitario.
- Conformar la estructura para la práctica de control social, que incluye el control de la gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, entre otros.
- Participar en la definición de los mecanismos de control social.

- Participar en la identificación de las situaciones a mejorar (gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, otros).

El Equipo de Salud Familiar debe:

- Facilitar la información requerida para la ejecución del control social.
- Considerar las opiniones de la población sobre la atención recibida a través de las encuestas de satisfacción u otros mecanismos.
- Participar en el análisis de resultados y toma de acuerdos.
- Facilitar la difusión de los resultados del control social.

El resultado de la práctica de control social deberá generar mejoras en la calidad de la atención, transparencia del manejo de los fondos, entre otros, las cuales se lograrán mediante la ejecución de planes con la participación activa de la comunidad organizada y el Equipo de Salud Familiar.

4.4. FACTORES CONDICIONANTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Factores institucionales:

a) Personal de Salud:

En los factores condicionantes institucionales Espinoza José (2002), propone los aspectos siguientes:

- El respeto a los participantes. El personal de salud debe estar convencido de la participación comunitaria como necesidad, así como el punto de vista y aportes de la comunidad. Esta participación no se debe traducir en la manipulación de los procesos participativos por parte del personal de salud en la comunidad.
- Las habilidades para promover la participación comunitaria. El personal de salud debe ser dinámico, con conocimientos metodologías adecuados y la utilización de técnicas participativas en las diferentes formas de intervención. Además de estar convencido

que los procesos participativos generan cambios importantes que deben considerarse al monto de incidir en una comunidad máxime cuando hablamos de una colectividad indígena; aquí los procesos deben ser libres, previos e informado, para no violentar los derechos de los pueblos indígenas.

- La capacidad de la resolución de conflictos. El personal de salud debe tener la capacidad de identificar los problemas de salud y tener los instrumentos necesarios para dar respuestas ¿Qué pasaría si la comunidad ya ha identificado los problemas de salud? No debería tornarse como un problema de liderazgo del personal de salud, si no un elemento importante de conocimiento frente a una comunidad empodera, que responde ante los conflictos.
- Rotación del Personal. Este elemento afecta las relaciones confiables con la entidad de salud, así como las futuras negociaciones, acuerdos y compromisos adquiridos por la falta de seguimiento continuo.
- Organización de los servicios de salud
- Comunicación e información; la comunicación no solo debe ser adecuada, tiene que propiciar un clima de análisis y dar lugar al consenso de las soluciones propuestas.
- La comunidad asume un papel desventajoso cuando su principal fuente de información no está en la comunidad y en las estructuras de organizativas. Los actores sociales muchas veces asumen cuotas de poner en la toma de decisiones esto es desde luego contra productivo ante la participación plena y la toma de decisiones de cara a la gestión.
- La desnaturalización se comprende como el proceso de transferencia de la administración de la salud, competencias, responsabilidades, funciones, recursos, autoridad y poder de decisión desde los entes estatales centrales hacia los niveles locales. ¿Qué pasaría en el caso de un gobierno totalitario y centralista? La comunidad no quiere negociar con personas que no tiene nivel de decisión, de asumir responsabilidades y compromisos esto se puede traducir en que las personas pierdan el interés de participar.

- Flexibilidad de los planes: la flexibilidad debe ser suficiente, para permitir las modificaciones partiendo de las sugerencias de los participantes, como suele suceder la planificación ya ha sido determinada de forma centralizada por la entidad de salud. Este aspecto no sería tan problemático, si la comunidad participará en el proceso de la planificación.
- La falta de cumplimiento de los compromisos; es comprendida por la comunidad como una burla y efectuaría una reacción de rechazo dejando vulnerable la participación comunitaria.
- La participación de la comunidad será efectiva si, se está consciente que es un proceso democrático importante que está respaldado por la voluntad política institucional y los actores sociales involucrados. Solo de esta manera la injerencia de la comunidad será visible y tomada en cuenta no; puede haber gestión si existen los espacios de participación.
- Respeto a la idiosincrasia de la comunidad.
- La institución no solo debe conocer y respetar la idiosincrasia de la comunidad *tiene que comprender y aceptar los conocimientos, creencias, valores, tradiciones, formas de organización, formas de socialización, así como la forma de entender el mundo y la vida, la muerte, la relación con la naturaleza, las practicas de salud*. Desconocer la cultura puede tener consecuencias, el rechazo violento por parte de la comunidad, ausencia de participación, presentes negativos de la institución en futuras intervenciones.

4.5. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTEXTO DE LOS PARTICIPANTES

a) Autonomía Comunitaria:

La autonomía comunitaria como una forma de auto-gobierno, según afirman Leo Gabriel y Gilberto López (2008) se basa en que debe existir un equilibrio en tres grandes ejes política, economía, cultura para la

lograr una integralidad”⁴ en la práctica del buen vivir de estos pueblos. La meta sería que cada comunidad indígena sea capaz de alcanzar mecanismos de desarrollo para la autodeterminación.

Las estructuras de gobierno indígena, son expresiones organizativas y administrativas de los bienes, recursos naturales y territorios de conformidad al derecho consuetudinario. No obstante, los derechos colectivos de los pueblos indígenas son violentados por distintas instituciones del Estado que desconocen los sistemas de gobernabilidad de los territorios indígenas. En el caso que nos amerita, en relación a la implantación del MOSACF se desconocen los derechos de participación del autogobierno comunitario en la sectorización político organizativo y en la provisión de la red de servicios de salud.

La asamblea general indígena, constituida por sus distintas expresiones organizativas comunitarias, constituye la máxima autoridad para la toma de decisiones del sistema de vida: lo económico, el cuidado a la Madre Tierra, la conservación de su cultura y patrimonio tangible e intangible de su cultura.

Las diferentes expresiones de autoridad del gobierno indígena son normativas, ejecutivas y consultivas. Son órganos normativos: Consejos de ancianos y Monexicos; órganos ejecutivos: juntas directivas, y los órganos consultivos: asambleas de miembros de la comunidad o pueblo, así como otras formas de organización moderna, como las comisiones de trabajo, de salud promotores, consejos de de jóvenes, consejos de Mujeres.

Todas estas expresiones de autoridad son reguladas por los estatutos de cada pueblo o comunidad indígena, condición sine quanon que se deslegitima al instalarse nuevas estructuras orgánicas de toma de decisiones, planificación y control social en salud, sin mediar procesos normativos ancestrales.

⁴ Leo Gabriel, Gilberto López y Rivas, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, primera ed. México 2008.

En relación con la conceptualización de las Autonomías Comunitarias, Leo Gabriel (2008), expresa que el proceso autonómico se caracteriza por una interdependencia permanente entre la dimensión política y la dimensión económica; para ser económicamente sostenible ambas tienen que basarse en una cultura común.

b) Experiencia organizativa

Comunidades con experiencia organizativa que han tenido experiencia en el manejo de proyectos de desarrollo, tienen mayores elementos para la participación comunitaria formada voluntariamente o inducidas que permiten el surgimiento de nuevos líderes. Estos elementos positivos se crean cuando los proyectos que intervienen priorizan la capacitación de recursos humanos autóctonos que se convierten en críticos de los procesos.

En las comunidades indígenas el surgimiento del liderazgo es un “don” del conocimiento y el entendimiento de los mayores, llamados también ancianos, estos asumen rol de críticos de sabios a su vez asesoran a las nuevos líderes a través de la interacción social que marcará las nuevas generaciones de liderazgo en la comunidad.

c) Valores

Los valores que sustenta una comunidad armónica unida, la unidad, no se debe interpretar en una colectividad como equivalente a que su forma de pensar es igual para todos sus miembros. En un grupo de personas hay diferentes pensamientos, pero existen elementos en común que son respetados por la mayoría como principios básicos de la convivencias comunitaria entre ellos; la reciprocidad, solidaridad, unidad, compromiso e interdependencia.

“En el marco de los derechos humanos, se ha reconocido la igualdad de todos los seres humanos. Sin embargo, es necesario pasar del discurso a la práctica” (ASECSA. 2002). Es importante guiar la reflexión en que

la recomposición de la sociedad haciendo énfasis en la solidaridad de forma continua que son los cimientos de una convivencia comunitaria que rescata el buen vivir de los pueblos

d) Sociocultural:

La identidad de las redes comunitarias: Como eje central de participación en salud se encuentran **las redes de convivencias comunitarias** y sus valores de solidaridad entre la gente desde su diario vivir y compartir propician la confianza, el respeto mutuo, las costumbres ancestrales que vitalizan los mayores, especialistas del entendimiento ancestral, las autoridades indígenas en el proceso salud enfermedad que no son reconocidos por las autoridades rectoras de la salud, antes bien instalan una red comunitaria con nuevos actores jóvenes entre ellos brigadistas y colaboradores voluntarios.

La Religión, los distintos comités religiosos a partir de sus valores se convierten en facilitadores desde las familias y la vez pueden ser restrictivos en algunas acciones de la salud por los dogmas religiosos.

El concepto **Salud enfermedad desde el pensamiento indígena,** se basa en un pensamiento holístico relacionado con la armonía entre los seres humanos entre sí, con otros seres vivos y con la Madre Tierra.

V. METODOLOGÍA

5.1. ENFOQUE

El presente estudio es de carácter cualitativo, con enfoque en la Investigación Acción Participativa, que es entendida como un conocer para transformar, siempre se actúa en dirección a un fin o un “para qué”, pero esta acción no se hace “desde arriba” sino desde y con la base social.

En este proceso dinámico y secuencial “conocer-actuar-transformar”, la investigación es tan sólo una parte de la “acción transformadora global”, es la participación activa, su grado de compromiso social de corresponsabilidad compartida en la salud la que profundiza en el análisis de su propia realidad, se interpreta, se realizan intervenciones que desde la práctica buscan soluciones a los problemas, eso genera una transformación de su contexto inicial y una nueva experiencia y conocimientos. (Del Cid: 2009)

Para lograr los objetivos propuestos en este trabajo, fue esencial alcanzar un nivel de confianza y comunicación entre la facilitadora, los mayores, abuelas, abuelos, autoridades indígenas y autoridades rectoras de la Salud. Por ello desde Febrero del año 2009, se realizó la primera reunión de trabajo con las partes involucradas para consensar la metodología y formas de comunicación a fin de respetar el derecho colectivo que tienen los pueblos indígenas de ser consultados para todo proyecto que les atañe, es decir, el consentimiento libre previo e informado de las autoridades indígenas y de salud

Para realizar dicho trabajo las autoridades indígenas de Salinas de Nagualapa, conformaron **un equipo de investigación participativa** de la siguiente manera:

- Un equipo coordinador de la investigación, facilitado por la autora de este informe, con la asesoría de la sabia Indígena, la abuela Mayor de este Pueblo Indígena.

- Un equipo facilitador de las actividades de intervención conformado por la Maestrante en Salud Intercultural y una asesora de las convivencias comunitaria.
- Un equipo de 5 talentos indígenas, facilitadores de las actividades de campo.
- Un total de 3 estudiantes, 2 originarias de este pueblo, 1 antropóloga, 1 abogado del pueblo indígena Monimbó que participan en el Diplomado de Gerencia en salud intercultural que se ejecuta en sinergia con los aprendizajes de la Maestría en Salud Intercultural.
- Una Estudiante de Sociología con mención en Autonomía, del Recinto URACCAN Nueva Guinea.

5.2. LA COMUNIDAD SUJETO DE ESTUDIO

Es el Pueblo indígena de las Salinas de Nagualapa, compuesta por dos comunidades: Virgen Morena y Salinas de Nagualapa.

Los criterios de inclusión para la organización de grupos de trabajos especializados según descriptores de la presente investigación son los siguientes:

- **Para el Personal de salud:** personal de salud miembro del equipo básico en salud familiar y comunitaria que labora en la unidad de salud.
- **Para las Autoridades indígenas:** Ser nativo electo como representante en la junta directiva, a los Abuelos, Abuelas miembros de los consejos de ancianos que están vinculados con la implementación del modelo de convivencias comunitarias.
- **Para los Sabios y Sabias especialistas del Entendimiento ancestral:** Ser nativo aplicando su Don de Saberes en este Pueblo y sea parte del proceso de articulación del sistema hegemónico y el sistema tradicional.
- **Para los líderes miembros de las Convivencias comunitarias en salud:** ser nativo y miembro de los comités de convivencias comunitarias o bien de la red comunitaria del sistema hegemónico. Ambos participantes del proceso de adaptación del MOSAFC.

- **Obtención de la información:** se identificó la ubicación de la información: actas, censos, mapas, informes entre otros que se necesitaban para recuperar en el proceso de la experiencia. También se identificó la información requerida por los protagonistas del estudio según componentes.

5.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con relación a los instrumentos, se diseñaron guías de preguntas abiertas para facilitar las entrevistas individuales, entrevista colectiva y el grupo focal dirigido a los líderes comunitarios. Se constató a través de revisión documental información sobre este proceso participativo.

5.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Talleres comunitarios:

Se realizaron talleres comunitarios de análisis de la situación a partir de la información facilitada por los coordinadores de los sectores, quienes actualizaron censos y mapeo de su realidad socio ambiental en la comunidad, se buscaron soluciones a partir de alcanzar otras instancia de toma de decisiones, los grandes consejos de salud y comité de desarrollo municipal.

Ruedas de saberes:

Es una metodología tradicional que permite a las autoridades, Mayores y Especialistas del entendimiento ancestral analizar y monitorear una situación específica y el diario vivir en la Autonomía comunitaria.

Entrevistas individuales:

La investigadora se reunió previamente con los entrevistados para conocer la disposición de tiempo para realizar la entrevista. Se cons-

truyó la guía de preguntas abiertas que se aplicarían con los informantes claves.

Para los informantes claves, líderes comunitarios que no asistieron a la entrevista colectiva, se les aplicó las mismas preguntas utilizadas en la entrevista colectiva.

Entrevista colectiva:

Se diseñó una guía de preguntas abiertas para conducir la entrevista colectiva narrativa. Los Informantes claves fueron los Terapeutas tradicionales, abuelos mayores y miembros de juntas directivas fueron citados a la casa comunitaria.

Esta técnica permitió el acercamiento a la experiencia del entrevistado de una manera más amplia y espontánea en lo que se refiere a su participación en este proceso de convivencias.

Para realizar la entrevista colectiva narrativa se organizó una rueda de sabios, la entrevistadora les explicó la dinámica de trabajo. Se inició el periplo de preguntas, cada pregunta fue contestada por cada uno de los informantes.

Grupo focal.

Se diseñó una guía de preguntas abiertas para conducir el grupo focal. Los informantes claves fueron los líderes comunitarios, miembros de los comités de convivencias comunitarias.

Se organizó un círculo con 10 informantes claves. La facilitadora explicó la metodología de trabajo. Se inició con la primera pregunta y de manera simultánea cada informante expresaba su sentir reviviendo todo lo actuado durante la ejecución del modelo de convivencias comunitarias en salud.

5.5. REVISIÓN DOCUMENTAL:

Se establecieron previas coordinaciones con las Autoridades de salud e indígenas y se solicitó autorización para la revisión de los libros de actas, informes y otra documentación necesaria para constatar la información generada en este proceso participativo.

5.6. RECORRIDO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Actividades	Metodología
Fase de acercamiento 2007	
Acercamiento: Reunión trabajo con Autoridades indígenas y en salud.	Diálogo comunitario
Sesión con los Mayores, Abuelos, abuelas para consensuar el proceso de revitalización de saberes ancestrales	Rueda de Saberes sobre los Artes heredados por los Ancestros. Se reflexiono sobre la vivencia del convivir comunitario y se promueve nuevos intercambios sobre los conocimiento indígenas
Fase de Intervención	
2 Encuentros de intercambios sobre la rueda del tiempo-	Intercambio de experiencias con los Mayores, sobre los conocimientos ancestrales, reflexión en grupos de trabajo ¿Qué estamos haciendo? ¿Hacia dónde vamos? Se genera acciones de transmisión del arte del buen vivir en convivencias comunitarias.
1 Encuentro para la organización de redes de convivencias comunitarias	Exposición sobre el buen vivir por los Mayores, reflexión y acciones para organizar la comunidad por sectores.
1 taller para el diseño del plan de vida	Exposición de diagnostico por sectores reflexión sobre la situación y priorización de acciones, plan de vida

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En rueda de saberes guiada por los mayores y especialistas del entendimiento ancestral se analizó:

6.1. EN EL TIEMPO, ESPACIO Y COSMOS:

La revitalización de los saberes de los ancestros, debe hilar el empoderamiento comunitario, estamos organizados pero a la vez dispersos, es decir, no está el entretejido de las redes de convivencias ancestrales.

Las autoridades en salud se organizan en redes comunitarias a partir de los brigadistas, promotores de la salud, desconociendo el sistema tradicional y la autonomía del territorio.

Los desastres naturales están al orden del día en este territorio, el deterioro del hábitat de los animales, del hábitat de las plantas medicinales, nuestra fuente de alimentos está altamente amenazada.

6.2. CÓMO SE PROMUEVE LA INTERCULTURALIZACIÓN DEL MOSAFC:

Los diálogos sobre la herencia ancestral de sus territorios, el deterioro del ambiente, de las costumbres, de la vivencia con la Medicina Tradicional, del compartir entre las comunidades, las familias y cada uno de los líderes, de los conocimientos de su sistema tradicional.

¿Cómo los nuevos tiempos absorben en las nuevas generaciones formas de vida globalizantes?

¿Dónde estamos hoy, que estamos haciendo del buen vivir?

El buen vivir se comparte por los Mayores, por los líderes adultos, la juventud, la niñez ¿Qué estamos cultivando en ellos y para ellos en el futuro?

¿Qué está pasando en la salud, educación del Pueblo?

Todo ello generó un plan de incidencia participativa con el personal de salud y autoridades indígenas para pincelar el modelo de convivencias.

6.3. ACCIONES

Es el momento de armonizar los escenarios, conciliar nuestras necesidades en salud, en educación, en el ambiente, en el territorio para resignificar la autonomía comunitaria de nuestros pueblos.

Así se compartieron saberes, necesidades y prioridades, los mayores, ancianos, ancianas, líderes comunitarios, unieron esfuerzo con la red Pueblos Indígenas, todos aportaron gestiones ante el Ministerio de Salud, para la sinergia con el MOSAFC.

Cada nuevo conocimiento generó nuevas reflexiones, nuevas acciones que pincelan el modelo de convivencias comunitarias en este territorio, así se ha incidido en el mejoramiento de las condiciones de salud y se ha transformado el proceso de toma de decisiones con alta participación comunitaria.

6.4. ELEMENTOS DE LA COSMOVISIÓN Y ESPIRITUALIDAD EN LA REVITALIZACIÓN DEL MODELO DE CONVIVENCIAS COMUNITARIAS QUE APORTAN VALORES AL MOSAFC:

La construcción colectiva de este modelo de convivencias comunitarias inicia a partir del año 2007, como acciones generadas de la reflexión de la rueda de saberes realizada en este Pueblo con la participación de los Mayores, Sabios y líderes indígenas, así inician a comunicar y educar los Mayores, desde la Cosmovisión y Espiritualidad para nutrir este modelo y aportar a la revitalización de saberes en los Pueblos Indígenas Pacífico Centro Norte generados de la interculturalización del MOSAFC.

A continuación se describirán los elementos fundamentales que desde la práctica del Modelo de convivencias se generaron a partir del conocimiento indígena que comparten sinergia el MOSAFC.

6.5. EL CONOCIMIENTO INDÍGENA, UN ARTE EN EL ENTENDIMIENTO Y SABERES EN EL MODELO DE CONVIVENCIAS COMUNITARIAS EN SALUD

El conocimiento indígena, desde la espiral del tiempo, espacio y cosmos ha sido transmitido de generación en generación a partir de la sabiduría de la vida, del territorio, del entendimiento del cuidado a la Madre Tierra, del hábitat de los espíritus, de la transferencia de valores, de la naturaleza, de los talentos humanos con “el don sagrado”, es decir, un saber espiritual, el respeto al valor colectivo, al restablecimiento del equilibrio desde su visión integral y holística.

Este proceso salud enfermedad, donde cada persona comparte este proceso dinámico, es como uno “cae enfermo”, construcción verbal que sugiere la imagen de una caída súbita del sujeto sano adentro de un concepto llamado “enfermedad”. O sea, está supuestamente sano, pero de repente puede presentar un deterioro fisiológico inesperado, debido básicamente a una distracción, negligencia, pereza intelectual, error conceptual, presunción, es el caso de las infecciones bacterianas, virales, parasitarias, expresa la etno médica, Anne Bourgey.

En relación a la manera en que se expresa este arte del entendimiento, de la herencia de este conocimiento ancestral, de las prácticas de estos saberes en el sistema de convivencias comunitarias que comparten las Autoridades indígenas y los Especialista de este entendimiento llamados estos últimos por el personal de salud Terapeutas Tradicionales. Las autoridades indígenas expresan que las convivencias comunitarias en salud se sustentan en su cultura ancestral en el conocimiento holístico e integral, en su cosmovisión y espiritualidad, en el arte de cuidar, el arte de curar y el arte de sanar, conocimientos heredados de los abuelos y abuelas que forman parte de su legado cultural.

6.5.1. El Arte de Curar

En el mundo los seres humanos compartimos con el entorno, pero muchas veces dejamos de escuchar, de reír, de compartir con el hermano, de sentir. Ni percibimos el hermoso día que estamos viviendo, simplemente corremos en el tiempo para cumplir responsabilidades laborales, artesanales, agrícolas, económicas y nos olvidamos de la familia grande que es el planeta en que vivimos.

Una sabia indígena, María Gabriela Obando, conocida como la abuela y comadrona mayor de este pueblo indígena, a quien le ha tocado correr y caminar en las noches, en las madrugadas, para aliviar a las mujeres y armonizar la familia, ha levantado (ayudado a nacer) a la mayoría de los hombres y mujeres de este pueblo, y todos y todas están caminando.

Expresó su entendimiento del arte de curar de esta manera:

“Heredé de mi madre y heredé a mi hija los asuntos de consejería y partería”, antes éramos más solidarios, había bastante respeto y escucha al padre, al abuelo. En las noches nos sentábamos en la rueda y los Abuelos nos cantaban a sus hijos e hijas a la Madre Naturaleza, se agradecía, nos contaban cuentos, leyendas, la rima de sus coplas, los sones, reíamos y jugábamos a la luz de la luna ¡Qué lindos tiempos aquellos los de mi joven vida, ese aroma, esa rueda de saberes nunca más volvió!”

Ahora la juventud corre y corre, continua diciendo

“En qué momento se nutre esa Espiritualidad, si siempre andamos corriendo en la vida, el respeto a ti mismo a la familia a donde tu vives, ya no está más, ya no hay armonía, se está caliente o frío, es decir, enfermo, entonces se tiene que curar y aconsejar cuidados para no avanzar a otros niveles más fuertes de la enfermedad”

Al respecto el Sabio Indígena Marcos Terrena, mantiene que “un pueblo indígena tiene niveles de enfermedad que se pueden curar

solamente con la ciencia indígena. Es Dios quien ha dado la tierra, las plantas, la sabiduría para que todos podamos tener salud o vida buena”.

La herencia de nuestro territorio y la resolución de conflictos entre los comuneros por la tenencia de la tierra, es una práctica del derecho consuetudinario ejercida por ancianos consejeros y miembros de la Junta Directiva de este Pueblo Indígena y es una forma de reforzar las convivencias y sanarse de la mentalidad negativa expreso, Bartolomé López, presidente del pueblo indígena salinas de Nagualapa.

La salud es equilibrio de los seres humanos con su territorio, su naturaleza, es tener el alimento, trabajo, es cuidar de su espíritu, es ejercer tu “don”, no es simplemente la ausencia de la enfermedad, es un proceso dinámico que cada individuo comparte con su familia y comunidad.

Cuando se pierde la paz interna se provoca distintas situaciones, se pierde la tolerancia, ahí se aprovechan los males. Los antepasados nos dejaron los entendimientos de la vida, del día, de la noche, del frío, del calor. Un ejemplo de esto puede ser un catarro, su origen puede ser de calor o del frío, si es de calor se lo quita el mar, se cura buscando la armonía, uno se adentra con el mar, en esa naturaleza. Cuando el catarro es de frío entonces es en otro ambiente con cosas frescas se curará, así se recupera rapidito y se cuida de no contaminar la naturaleza ni a la familia, expresó la partera de la comunidad de Virgen Morena, Martha Obando, Qepd.

Al conversar con los sobadores, todos coinciden en expresar que tienen técnicas para sobar cuerdas huidas, para recuperar los huesos que son situaciones de dolencia por distracción. Por ejemplo: el pie esquiado, donde se ejerce prácticas de sobados y lo que le llaman ahora la rehabilitación ósea.

El especialista del entendimiento ancestral, mayor Santiago Silva, habla de su conocimiento como una herencia:

“como Sobador, herede el don del entendimiento en este conocimiento del sobado, para otros hermanos le llaman sobandería, un conocimiento de los abuelos, naiden lo tiene así por así, solo el que tiene ese camino en su destino puede en la práctica ejercerlo”.

También comparten entendimiento en la curandería de niños y niñas, la mencionan como una especialidad que trabaja junta con las parteras, porque ambos aportan en la recuperación de la armonía entre la persona, la familia y su comunidad. Estas enfermedades tradicionales en su abordaje por los Especialista, tienen sus propias formas diagnosticas, su nosología y rituales con las plantas y para las persona, se cura la persona y su familia esta para armonizarla.

Todos los Especialista del entendimiento ancestral coinciden en afirmar que la sanación de las personas, familia y la comunidad se sustenta en la búsqueda del reequilibrio espiritual, mental, físico, de comportamiento y de cuidado con la Madre Tierra.

Las convivencias comunitarias “es habitar cerca”, es ayudarse mutuamente, es armonía con el mundo natural que les rodea, con el mar, los astros, el sol, la luna que son parte vital de nuestra vida, así transmiten buenas energías a la comunidad.

Las aguas del mar es una maravilla que tenemos aquí, no en todo comunidad vas a encontrar la naturaleza que hay aquí, tenemos aguas termales naturales que han beneficiado a la gente de la comunidad y extranjeros, esto nos identifica pero también la gente te acoge con gran cariño, somos hospitalarios y estamos unidos eso nos trae muchos beneficios expresó la señora Amparo, miembro de la Junta Directiva de este pueblo.

Cuando se habla del entendimiento, es descubrir el “don” que han recibido del Gran Padre, es una forma de comprender tu camino en el compartir con su maestro, el aprendiz va conociendo, hasta que llega a practicar en sí mismo, de ahí se aprende a sentir y comienza la

sabiduría. Es un proceso tenaz y arduo caminar en tu destino y confiar en el conocimiento ancestral

6.5.2 El Arte del Cuidado

Para los miembros de la junta directiva, las convivencias comunitarias en salud, es el renacer de su identidad cultural, otorgada formalmente en 1877 con la inscripción del título real de este pueblo, de ahí se reconoce su origen por segunda vez. Los derechos colectivos sobre estos territorios y su significancia en su autonomía apenas se consigna cientos dieciocho años después en la Constitución Política de la República.

El mayor Víctor Torres, expresó respecto al cuidado:

“Muchas prácticas ancestrales en el cuidado a la tierra, a la Naturaleza todavía sobreviven ejemplos: en los planteles de sal, en la preparación de la tierra para la siembra, en la recolecta de las cosechas, en lo solidario que somos los unos con los otros, nos comunicamos siempre estamos cerca el uno del otro, eso es cuidar tu persona, el cosmos, la tierra”

Se mencionó como elemento fundamental de este cuidado la Medicina Tradicional. Por parte de los especialistas de las plantas medicinales refieren que la espiritualidad en su quehacer diario es lo que cultiva su saber, tienen rituales para la siembra, para cortar, para preparar la medicina artesanal solo si es necesario utilizarla.

El nutrimento de la savia de la planta debe ser cuidada y solo se prepara cuando se necesita, si no se continua con su rocío en los patios de las casas porque así también aporta a la sanación ambiental, expresó la especialista en curandería, Rosa Duarte de la comunidad de Virgen Morena.

En este sitio las aguas termales de origen volcánico nos brindan los minerales necesarios para la salud. Se junta con el agua del mar y se toma en horas tempranas, cuida la salud, es un complemento ali-

menticio del cuerpo expreso la especialista en curandería de plantas, señora Estelbina Duarte.

6.5.3. El Arte de Educar

Los conocimientos se transmiten de forma oral a través de la práctica y las experiencias, las ruedas de saberes, los cuentos, los bailes, las asambleas comunitarias y los diálogos de los conocimientos son metodologías educativas comunitarias esenciales para el compartir en la colectividad.

La educación parte de los procesos de aprendizaje y socialización en la familia y comunidad, “son muchos conocimientos que el niño o la niña aprende de sus padres, de su madre desde que está dentro de ella, con los abuelos y con las otras abuelas de la comunidad y después en la escuela, así comienza la enseñanza desde la niñez”, expresa la lideresa comunitaria, Mireya López, de la comunidad Virgen Morena.

Para el caso de los especialistas del entendimiento Ancestral, la transmisión del “don del conocimiento”, tiene su propio tiempo y espacio en la persona. Desde que nace la persona lo trae consigo, no obstante puede desconocerlo y por ello llegar a enfermarse, otros caminan en otros senderos y se pierden en el mismo, pero llega el tiempo de sentir, de la consciencia de entender su destino. Así inicia el aprendizaje del comprender, de aprender de la práctica, de caminar en la naturaleza, de la consciencia, espíritu y mente hasta llegar al conocimiento y saber de su especialidad.

En un intercambio de saberes entre los hermanos de Médicos Descalzos de Guatemala y los especialistas de la Medicina Tradicional de los pueblos indígenas del Pacífico Centro Norte de Nicaragua, la Nana Elvira Morales, brindó su testimonio sobre su “don como partera y guía espiritual”, lo desconoció en el tiempo, se enfermó y se curó cuando comenzó a ejercer su entendimiento, actualmente es la vicepresidenta de Médicos Descalzos en Guatemala.

La escuela es otra fuente de comunicación y educación para la niñez y la adolescencia, en la curricula escolar incorporan la cultura e identidad de los pueblos indígenas, fomentan investigaciones, proyectos de cuidado al entorno, enseñan manualidades artesanales utilizando la materia prima de los mares, manglares.

La educación que se brinda en las escuelas tiene arraigo en las convivencias. Ahora generamos diálogos, convivimos un día en las aguas calientes, la limpiamos y reforestamos, provocamos intercambios con los mayores, con el personal de salud, esto alimenta la participación de los jóvenes en el clan indígena, esa es la educación para la convivencias que estamos comunicando, dice la profesora y Presidenta del Pueblo indígena Salinas, Luz Milda Silva.

La educación para la convivencia en la comunidad es una nueva forma de aprender que se comparte con los mayores y la junta directiva. Un estudiante del Instituto de Salinas, resume su experiencia educativa de esta manera:

“Ahora conocemos nuestros límites, el titulo, aprendemos también de los bancos de arena, del mar de los estanques de sal, porque nos mandan a investigar”.

Al respecto expresa Teresa Moraga, Presidente del Comité de Convivencias de Salinas de Nagualapa,

“Esto es ancestral antes en la rueda de sabios ahí platicábamos, reflexionábamos a la luz de la luna, todos nos repartíamos trabajo, después nos reuníamos nuevamente, a ver qué avances teníamos y que otras tareas se tendría que hacer hasta lograr nuestra meta, mejorar nuestras condiciones en el pueblo”.

Todos coinciden en afirmar que el Arte de Cuidar, Arte de Curar, y el Arte de Educar, es el eje motriz que día a día revitaliza el Arte del buen vivir. A partir de estas redes, cuidan de la Madre Tierra, las personas,

las familias y comunidad, así se ejerce un control desde sus propia identidad y cultura.

6.6. PRINCIPIOS DEL MODELO DE CONVIVENCIAS COMUNITARIAS:

Para las autoridades indígenas el modelo de convivencias comunitarias en salud, es la forma de hacer efectivos sus derechos a la salud, para ello se requiere de transformaciones que implican desde el rompimiento de relaciones desiguales hasta la comprensión del principio de integralidad, accesibilidad, solidaridad, la reciprocidad de las relaciones y una real participación social. Elementos que sustentan en la Cosmovisión y Espiritualidad indígena y que están contenidas en el MOSAFC

Las autoridades del Ministerio de Salud coinciden en afirmar que responden a las políticas de salud, por ello priorizan a las poblaciones indígenas y orientan al personal de salud trabajar en esta metodología para la incorporación del enfoque intercultural y promover el rescate de la medicina tradicional en un trato especial, respeto mutuo y conciliación que permita acercarse realmente a la integralidad de su proceso salud enfermedad.

El abordaje integral de la salud desde el MOSAFC, está centrado en las personas, familia y comunidad. La prestación de servicios centrada en las personas enfoca el cuidado y auto cuidado, destacan la aptitud cultural en la atención acorde a sus características étnicas, en relación a la familia conlleva a conocer sus condiciones de riesgo y problemas de salud, el enfoque de la comunidad es garantizar la participación en la gestión por su salud, al cuidado del medio ambiente a partir de una comunidad organizada.

Algunas pinceladas de la interculturalización del MOSAFC:

- **Reciprocidad de las relaciones:** El consejo de salud indígena en coordinación con las autoridades del Ministerio de Salud mediante la gestión para la convivencia logró establecer alianzas con la Fun-

dación la Sallé, con ellos organizamos una feria dedicada a los niños y niñas con capacidades diferentes (117 niños y niñas procedentes de seis comunidades), de los cuales la mayoría no son indígenas. A la niñez se le ha brindado atención médica gratuita, se ha enseñado al personal de salud como atenderlos dar seguimiento integral, es decir a su familia, comunidad y medio ambiente a partir de los comités de convivencias por sectores. Ahora vamos a firmar un convenio como Consejo de Salud Intercultural, expresa Adela Acevedo, coordinadora del comité de convivencias y del Gabinete del poder ciudadano.

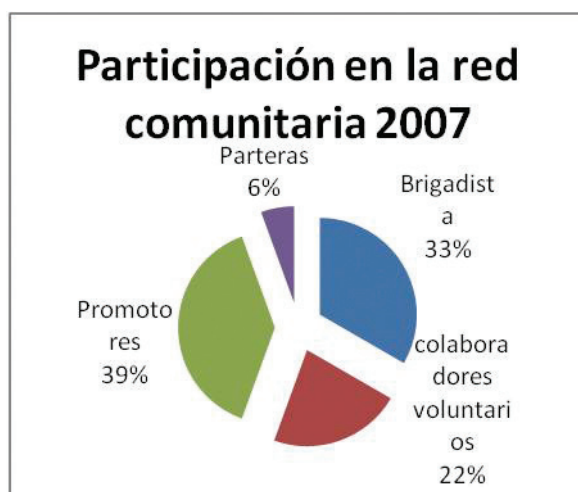
- **Integralidad:** La desnutrición de la niñez es alta en este Pueblo, como Junta Directiva llevamos a cabo un plan de vida, en especial para estas familias, expresó la profesora Luz Milda Silva, Presidenta del Pueblo Indígena. Según Adela Acevedo, coordinadora del comité de convivencias y del Gabinete del poder ciudadano ese plan de vida, comienza en la enseñanza de alimentos nutritivos, saberlos sembrar y cosechar, pero también educar a la Madre, reintegrar a la familia, apoyarles que se sientan acompañados, y vigilar por cualquier complicación, así funciona la red de convivencia, todos somos solidarios eso es interculturalidad.
- **Las red de convivencias,** cada sector es vigilante de la salud, captan a las personas enfermas, los problemas psicosociales y medio ambiente y lo exponen en las sesiones de trabajo conjunto del consejo de salud indígena.
- **Las convivencias son un nicho de interculturalidad,** son ruedas de saberes donde se comparten diversas expresiones de las culturas, se busca la comprensión de los conocimientos. Se han realizado intercambios sobre las prácticas de la Medicina Tradicional, se enseña a las madres de familia y personal de salud como preparar té de plantas, jabones, entre otras prácticas terapéuticas. Se inician los diálogos con respeto hacia el entendimiento del otro. Ahora se está armonizando la unidad de salud con plantas medicinales, estamos aprendiendo sobre el sistema de salud tradicional, según dijo la responsable del puesto de salud de Salinas de Nagualapa.

6.7 APORTES GENERADOS DESDE EL MODELO CONVIVENCIAS COMUNITARIAS, EL APROVISIONAMIENTO Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE INTERCULTURIZA EL MOSAFC

6.7.1. Aporte en la organización de la provisión de servicios de salud

Participación comunitaria en la organización y continuidad de la atención en salud:

Las autoridades del Ministerio de Salud, coinciden en afirmar que la participación comunitaria era limitada en el año 2007. Estaba enfocada en el cumplimiento de las metas del MINSA, como se observa en el siguiente gráfico, el 39% son promotores (14), el 33% brigadistas (12), el 22% colaboradores voluntarios (8) y el 6% corresponden a las parteras(2).



Fuente: Puesto de salud Salinas Nagualapa, 2007

En el año 2008, se organizaron de manera conjunta las redes de convivencias comunitarias, aumentó la participación comunitaria de 35 miembros a 46 líderes que se organizan en estos comités. Sin embargo

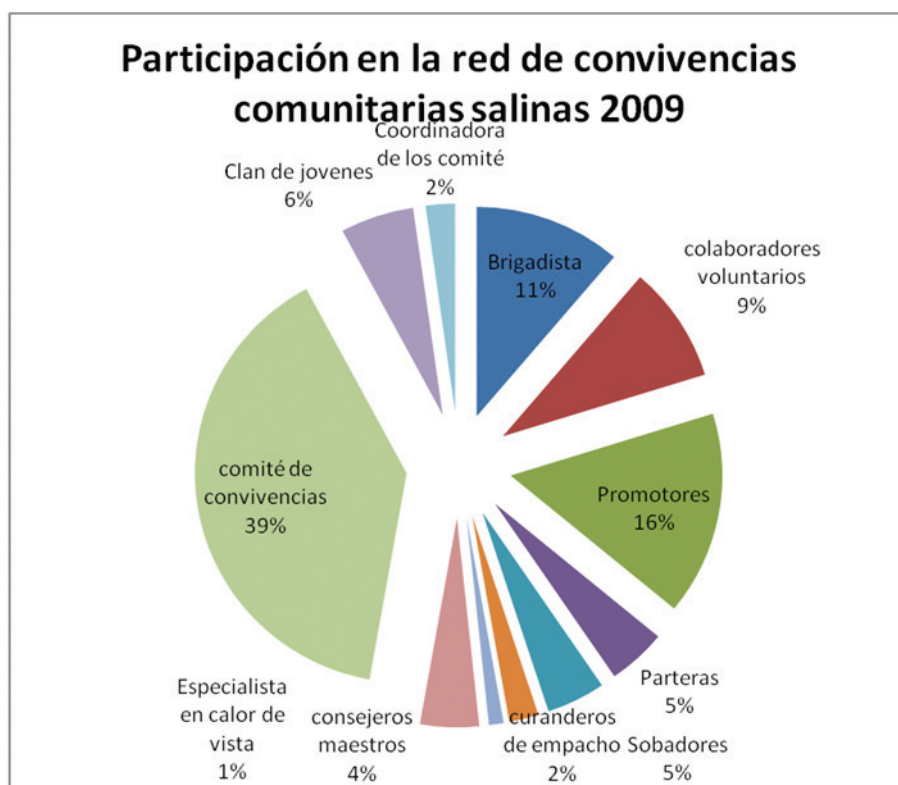
se continuo el trabajo en redes, la red comunitaria promoviendo una participación instrumentalizada y la red comunitaria con una participación democrática con tomas de decisiones con las autoridades indígenas.

Como se observa en el siguiente gráfico, la participación de la red de convivencias comunitaria, el 67% corresponde a los comités de convivencias (30), el 9% correspondientes a sobadores (4) y consejeros maestros (4), el 7% parteras que no estaban integradas al sistema (3), 4% a las curanderas de empacho (2), 2% a la Especialista de calor de vista (1) y coordinadora de los comités de convivencias (1).



Fuente: Puesto de salud Salinas de Nagualapa, 2008

En el año 2009 se organizó una sola red de convivencias con identidad y gobernabilidad propia. Como se observa en el siguiente gráfico, son 89 miembros de esta red donde participan todas las distintas expresiones organizativas del Pueblo, cabe destacar que el 36% son miembros de los comités de convivencias.



Fuente: Puesto de salud Salinas de Nagualapa, 2009

6.7.2 Percepción de las autoridades Indígenas y de salud a cerca de la organización comunitaria y las redes de convivencias

Para las Autoridades del Ministerio de Salud esta red de convivencias, tiene las mismas funciones que la red comunitaria, a partir de esta organización fortalecen el trabajo comunitario de referencia y contra referencias en el cumplimiento de los indicadores al integrar a los especialistas del entendimiento ancestral. Los coordinadores de los comités y las autoridades, a su vez capacitan a la red sobre los factores de riesgos y el abordaje de la atención centrada en la personal familia, comunidad y medio ambiente. Todo esto coincidente con el buen vivir,

fortalece al MOSAFC y el ejercicio de los derechos consignados en la Ley de participación ciudadana y la Ley general de salud.

Para las autoridades indígenas el fortalecimiento de la organización responde a su cosmovisión. El nutrimento del árbol de la vida es la base para iniciar un proceso de transformación que centrado en el cuidado de la persona, familia y comunidad desde la integridad, la participación, tal como se observa en el siguiente gráfico:



Coinciden en la rueda de saberes que todo este sistema de convivencias tiene como raíz el tiempo- espacio. La espiral de los abuelos y abuelas, su sabia naturaleza espiritualidad nutre el tronco a partir de la transferencia de sus conocimientos, entendimientos en el sentir familiar y comunitario para que los seres humanos alcancen la integra-

ción en su entorno, el cuidado como personas y a la vez con la Madre Tierra. De ahí transmiten esta savia a las ramas, es el arte de educar a las nuevas generaciones.

Con estas redes solidarias, se ha logrado dar continuidad en la atención a los pacientes. El tejido de la red por sectores aporta en la referencia de pacientes y la contra referencia para vigilar a la persona y su familia. Esta función la realizan los coordinadores de los comités de convivencias y especialistas en el entendimientos ancestral, cada sector a su vez reportan los casos de pacientes o embarazadas que necesitan ser atendidos.

6.8. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIAS COMUNITARIAS:

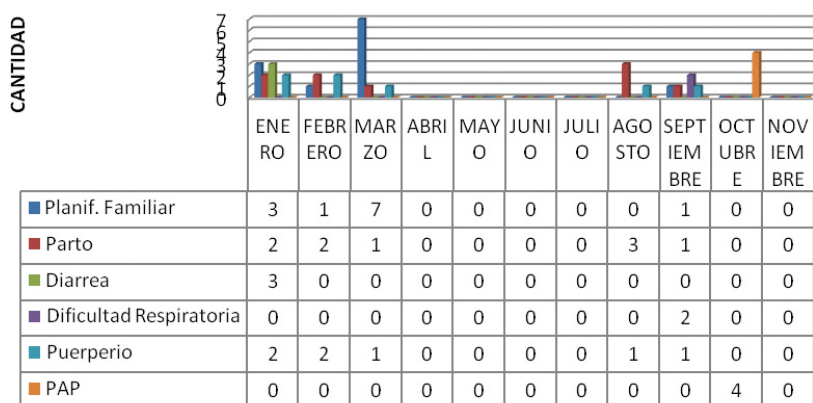
En la búsqueda de fortalecer el acercamiento para transformar el sistema de vigilancia comunitaria en el contexto sociocultural, se realizaron dos intervenciones prácticas para el reconocimiento mutuo de los sistemas:

6.8.1. Compartir experiencias en el sistema de referencia y contra referencia establecido por el MINSA:

Como parte de la educación sanitaria, el personal de salud capacitó a los miembros de la red de convivencias en los siguientes contenidos: Factores de riesgos en las embarazadas, niñez, adulto mayor, enfermedades prevalentes de la niñez y el llenado de los reporte de referencia comunitaria.

Como observamos en el siguiente gráfico, en el primer trimestre del año 2009, fueron reportados 11 mujeres en planificación familiar, partos domiciliarios 5, puerperio 5 y 3 casos de diarrea. Estas referencias fueron realizadas por los miembros de los comités de convivencias comunitarias.

REFERENCIAS DE ESPECIALISTAS DEL ENTENDIMIENTO ANCESTRAL A LA EBAFC



Fuente: registro comunitario P/s 2009

El personal de salud expresó que este sistema se está fortaleciendo; ahora están participando los terapeutas tradicionales y juegan un papel muy importante en la comunidad. Sin embargo el enfoque que las autoridades indígenas demanda es un sistema de vigilancia comunitaria centrada en el cuidado de la persona, familia y comunidad. Por parte del personal de salud afirman estar cumpliendo con la implementación del MOSAFC, en potencializar la transferencia de conocimiento y empoderamiento del liderazgo al integrar a la red de terapeutas y gabinetes del poder ciudadano a la red comunitaria.

En el informe del segundo trimestre del personal de salud, tal como se observa en el gráfico, no hubo ningún reporte comunitario por parte de los miembros de los propios comités. Solo reportaron los que formaban parte de la red comunitaria inicialmente, esto es debido a la ruptura del diálogo con los indígenas por incumplimiento de acuerdos, situación que fue superada al proponer una nueva forma de trabajo a partir del año 2010, con el acompañamiento del Proyecto Nic-020T7.

6.8.2. Compartir experiencias de referencia por parte del personal de salud y los miembros de la red comunitaria:

Se enfatizó en la educación para la convivencia, el intercambio de saberes de los especialistas del entendimiento ancestral y autoridades indígenas para continuar con la referencia de las enfermedades tradicionales.

Desde el año 2008 hasta la fecha, se registra información sobre enfermedades tradicionales. En el análisis realizado a cerca de estas enfermedades, las que tienen más incidencia son la mollera caída, pujo y calor de vista.

Todos los especialistas de la medicina tradicional coinciden en afirmar que los formatos utilizados no permiten el buen registro y no brindan condiciones para generar evidencias sobre la continuidad del cuidado de la persona.

Es necesario construir una metodología de trabajo que contribuya a un acercamiento más efectivo y de fácil aplicación para los comunitarios, esta no debe enfatizarse con relación a la enfermedad, antes bien debe responder al sistema de convivencias comunitarias.

6.9. APORTES A LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las asambleas comunitarias generaron consensos acerca de las formas de representación, coordinación interinstitucional, intersectorial y mecanismos de consultas. El propósito es contribuir a transformar el actual sistema de vigilancia comunitaria propiciando la interculturalidad a partir de la sinergia de esfuerzos a nivel comunitaria, del municipio y del departamento. De esta manera se busca asegurar la continuidad de la atención a través de procedimientos de interconsultas, consultas y análisis de situación de salud.

6.9.1. La participación en la construcción del entretejido comunitario en la reorganización de la red de servicios de salud.

En las sesiones mensuales de coordinación de la red de convivencias comunitarias con la Junta Directiva donde se analiza la situación comunitaria por sector se identificó la necesidad de mejorar la coordinación entre la comunidad y las autoridades en salud para la toma de decisiones en la resolución de problemas; por ejemplo, en los casos de alcoholismo, y drogadicción de extranjeros (turistas y residentes) que altera la armonía comunitaria.

En asamblea comunitaria según se registra en las actas de Junta Directiva (acta No.80-09) y de la Unidad de Salud de Salinas de Nagualapa (acta No.25-09), se ha instaló el **consejo de salud intercultural** conformado por:

- Responsable del puesto de salud.
- Presidente del pueblo indígena
- Coordinadora de los comité de convivencias y del gabinete del poder ciudadano.
- Coordinadora de la gestión para las convivencias.
- Líderes comunitarios de las 4 comunidades no indígenas.

Este Consejo de Salud Intercultural conformado según lo establece la Ley General de Salud es un aporte importante al liderazgo y gestión de la salud para hacerla más accesible, según las autoridades del Ministerio de Salud.

Para las autoridades indígenas, este Consejo de Salud Intercultural, es una instancia de comunicación e intercambio de información sobre la situación comunitaria tanto de los indígenas como los que no los son. La revisión de las estadísticas relacionadas con mujeres indígenas que necesitan seguimiento en el cuidado, así como de niños con discapacidad así como para dar respuesta a la necesidad de exámenes de laboratorios, entre otros.

Desde este Consejo se participa y toman decisiones en la gestión y en la transformación del sistema de salud y su reorganización territorial de la red de servicios de salud para acercar los servicios de salud.

Por otra parte, la coordinadora de la gestión para la convivencia, de los comités de convivencias, genera una serie de coordinaciones entre las comunidades entre ellas:

- Mejoramiento de camino que aportaron a la disminución de los tiempos de llegada a la unidad de salud.
- Limpieza de las aguas termales y reforestación, contribuyendo a la preservación de la naturaleza.
- Gestión de pozo de agua potable, disminuyendo los casos de diarrea y disentería en la niñez.
- Actividades de promoción y cuidado a las personas, familias y comunidad, a partir de alianzas estratégicas con distintas fundaciones y agencias de cooperación que aportan a la accesibilidad organizacional de la red de servicios de salud.

6.9.2. Mecanismo de coordinación en la gestión en salud

Estas alianzas estratégicas generadas por el Comité de Salud Intercultural propiciaron su representación en el Consejo Municipal de Desarrollo (CDM) donde ejercen control social.

En cumplimiento del artículo 28 de la Ley de Municipios, la Alcaldía de Tola, organizó el CDM, para ello en asamblea comunitaria en este pueblo indígena eligieron a la coordinadora del comité de convivencias como su representante ante la municipalidad. De esta forma su participación es democrática, desde su realidad gestionan proyectos, aportan a la planificación participativa en las políticas sectoriales del municipio.

A partir de esta relación de trabajo han implementado proyectos de producción agrícola orgánica con énfasis en cultivo para disminuir la desnutrición en la niñez. El proyecto se trabaja con el Ministerio de

Agricultura, Ganadería y Forestal (MAGFOR) y la Alcaldía. Una actividad de este proyecto es que las familias aprendan como producir y preparar estos alimentos. Este tipo de aprendizaje se combina con prácticas tradicionales de la medicina tradicional con las curanderas de plantas medicinales, las que aportan sus conocimientos para el mejoramiento de las condiciones tradicionales de la niñez.

Para el seguimiento al control y cuidado de la niñez menor de cinco años, gestionaron la construcción de un segundo comedor infantil comunitario. También se realizaron alianzas con la Fundación para la mitigación del riesgo de la niñez, con ellos organizan la armonización de la unidad de salud, jornadas medicas para la atención de la niñez de todo el territorio a su vez en estas jornadas se brinda atención de los especialistas del entendimiento ancestral.

Otra alianza es con la Fundación Médica la Salle. Con ellos realizaron la feria para la atención de la niñez con discapacidades diferentes, 116 niños y niñas fueron atendidos, se realizaron los exámenes, tomografías, consultas especializadas y capacitación sobre el cuidado a estos pacientes.

Se realizaron convenios con la clínica privada “Roberto Clemente”, para realizar exámenes de laboratorios y facilitación de sillas de rueda y medicinas para el puesto de salud. Todo lo antes expuesto se ha realizado en coordinación con las Autoridades en salud, esto ha permitido pincelar algunos avances que reduce la brecha de cobertura aunque continua siendo inaccesible socioculturalmente.

6.9.3. Aportes de elementos a la comunidad para la construcción de la metodología para el sistema de vigilancia comunitaria intercultural:

A partir de las experiencias generadas y de las necesidades sentidas y expresadas por los comunitarios, se busca alcanzar un sistema de vigilancia dirigido al cuidado de la persona, familia y comunidad y no

desde el enfoque de la enfermedad, algunos elementos que podrían aportar a este sistema son:

- El fortalecimiento del papel de los mayores en la transmisión de saberes y armonizadores del caminar ancestral;
- Involucramiento de los jóvenes y la niñez en todo el proceso de educación para la convivencias, en las prácticas de cuidado y el empoderamiento de los Maestros indígenas;
- Promover la utilización de estrategias metodológicas, ruedas de saberes, que permitan una comunicación efectiva de estos procesos;
- Reafirmación de la cosmovisión y espiritualidad;
- La protección del derecho propio;
- Sistematización de procesos para construir las estrategias sobre la base de la artes de las convivencias.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Con relación a los elementos de la Cosmovisión y Espiritualidad:

- **El Arte de curar**, es ejercido por los especialistas del entendimiento ancestral, su conocimiento se sustenta en el “don espiritual” y las autoridades indígenas a partir de las normas consuetudinarias. La sanación de las personas, familia y la comunidad se sustenta en la búsqueda del equilibrio espiritual, mental, físico, de comportamiento y de cuidado con la Madre Tierra.
- **El arte de educar**, Los conocimientos se transmiten de forma oral a través de la práctica de metodologías educativas comunitarias esenciales para el compartir en la colectividad. Para el caso de los Especialista del Entendimiento Ancestral, la transmisión del “Don del conocimiento”, tiene su propio tiempo, espacio y Cosmo en la persona. En la Escuela se incorpora en la curricula escolar la Cultura e identidad de los Pueblos indígenas
- **El Arte del cuidado**, se centra en el cuidado del territorio, a la naturaleza, el cosmos. Cuidando el uno del otro, el elemento esencial es la medicina tradicional, la espiritualidad es lo que cultiva su saber.

Las Autoridades indígenas coinciden en afirmar que el Arte de Cuidar, Arte de Curar, Arte de Educar, es el eje esencial que día a día revitaliza el Arte del Buen Vivir. A partir de estas redes, cuidan de la Madre Tierra, las personas, las familias y comunidad. Así ejercen un control desde su propia identidad y su cultura. Sus principios son coincidentes con el MOSAFC.

Con relación a los aportes al aprovisionamiento y gestión de la red de servicios de salud:

Aprovisionamiento de la red de salud:

- **La participación de la organización comunitaria en la gestión del modelo de convivencias comunitarias en salud** actualmente

es efectiva, evolucionó de una red comunitaria que respondía al cumplimiento de metas a una red de convivencias compuesta por 89 miembros que aporta a la corresponsabilidad compartida de la salud.

Percepción de las autoridades Indígenas y de salud a cerca de la organización comunitaria y las redes de convivencias:

Para las Autoridades en Salud esta red de convivencias, tiene las mismas funciones que la red comunitaria. A partir de esta organización empoderan el trabajo comunitario de referencia y contra referencias en el cumplimiento de los indicadores, al integrar a los especialistas del entendimiento ancestral, los coordinadores de los comités y las autoridades, fortalecen al MOSAFC y es parte de los derechos consignados en la Ley de Participación Ciudadana y Ley General de Salud.

Para las autoridades indígenas el fortalecimiento de la organización responde a su cosmovisión. El nutrimento del árbol de la vida es la base para iniciar un proceso de transformación centrado en el cuidado de la persona, familia y comunidad desde la integridad y la participación.

Encuentros y desencuentros de la participación en el sistema de referencia y contra referencia comunitarias:

- La gestión participativa de la organización de la red de convivencias generó un Consejo de Salud Intercultural como instancia de toma de decisiones sobre la situación de salud de este pueblo y cuatro comunidades aledañas que no son indígenas.
- Las alianzas estratégicas a nivel interinstitucionales e intersectoriales han aportado a disminuir las brechas de coberturas y acceso a los servicios de salud.

Con relación a los elementos que se aportan a la comunidad para un sistema de vigilancia comunitaria con enfoque intercultural.

La construcción de estrategias del sistema de salud intercultural, tiene que tener como base las artes de las convivencias comunitarias reafirmando la cosmovisión, la espiritualidad. En este proceso se debe utilizar metodologías participativas de trabajo comunitario e involucrar la juventud y niñez todo el proceso de educación para la convivencia, en las prácticas de cuidado y el empoderamiento de los Maestros indígenas. Además es vital el fortalecimiento del papel de los mayores en la transmisión de saberes y armonizadores del caminar ancestral.

7.2. RECOMENDACIONES.

A las autoridades en salud:

- Promover la participación de la red de convivencia comunitaria en el análisis de la situación en salud a partir de las evidencias generadas en la encuesta en salud 2009.
- Generar el análisis de las estadísticas obtenidas en las hojas de consulta diaria y de las enfermedades de filiación cultural.
- Promover acercamientos entre el personal de Salud y terapeutas tradicionales, con el objetivo de profundizar en el abordaje epidemiológico de las enfermedades tradicionales utilizando las metodologías comunitarias, que aporten al sistema de referencia y contra referencia

A las autoridades indígenas:

- Generar ruedas de sabios, para aportar al perfil de los especialistas del entendimiento ancestral desde la cosmovisión y espiritualidad que aporte al sistema de salud.
- Promover talleres de intercambios con la red de convivencia comunitaria para construir participativamente formatos de referencia y contra referencia que responda al sistema de vigilancia comunitaria intercultural.

VIII. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- APRODIN (2007). Documento oficial Modelo de convivencias comunitarias en salud comunitarias de los Pueblos indígenas Pacifico Centro Norte de Masaya Nicaragua APRODIN. S/p
- APRODIN. (2007, Mayo). Memoria Foro de convivencias comunitarias de los Pueblos indígenas pacifico centro norte de Nicaragua en el renacimiento de los saberes ancestrales: autor. Masaya. 9-08.
- Consejo Regional de la Región Autónoma Atlántico Norte,(1997) Modelo de Atención en Salud Intercultural de la Región Autónoma Atlántico sur (MASI- RAAS).
- Del Cid, Víctor (2009). La investigación como práctica de aprendizajes, metodología de la investigación participativa. URACCAN.
- Espinoza González, José & Martínez Manuel. (1999). Salud comunitaria conceptos métodos. Managua Nicaragua: Acción Médica Cristiana.
- Leo Gabriel & López Rivas, Gilberto. (2008).El universo autonómico. (1ra ed.). Iztapalapa. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ministerio de Salud. (2007). Convenio marco de colaboración Ministerio de Salud y la Asociación de promotores y Defensoría de los derechos indígenas de Nicaragua, Managua Nicaragua.
- MINSA. (2006). Manual de capacitación para la red de salud comunitaria, guía del facilitador: author. Managua Nicaragua.
- Ministerio de Salud. (Mayo, 2008) Modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC): author Managua Nicaragua.

MINSA (2007) Informe Reunión trabajo de las Autoridades en salud Municipal y autoridades indígenas. Salinas de Nagualapa: author Salinas. Nicaragua, 14-05. Acta 45.

Olguín Martínez, Gabriela. (2006). Estudio base sobre las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas del Pacífico, Centro y norte de Nicaragua: San José Costa Rica: Oficina Internacional del Trabajo.

OPS (2003). Línea base sobre la salud de los pueblos indígenas de las regiones Pacífico Centro Norte y la Regiones Autónomas Atlántico sur, Nicaragua: author, Managua Nicaragua.

OPS (2003). Plan de salud de la ascendencia Nahoas: author. Managua Nicaragua

Piura López, Julio. (2008). Metodología de la investigación científica: un enfoque integrador: 6ta edición, Managua Nicaragua.

Roncal Martínez, Federico (2006). Gestión de la Convivencia.

IX. ANEXOS.

ANEXO 1:

Instrumento: Preguntas generadoras: Grupo focal:

Participantes: Autoridades, líderes indígenas miembros de los comités de convivencias comunitarias y Gabinetes del Poder Ciudadano.

Guía de preguntas:

1. ¿Para Ustedes cuáles son los elementos de identidad que caracteriza MOSAFC y las convivencias comunitarias en salud?
 - Madre Tierra: Mar, aguas termales.
 - Principios comunitarios.
 - Territorio.
 - Medicina tradicional
2. ¿Continúa habiendo diferencias para Ustedes entre la participación en la red comunitaria y red de convivencias comunitarias en salud?
3. ¿Cómo se genera la gestión participativa en los componentes de organización y gestión para las convivencias en relación a ambos Modelos de salud en la comunidad?
4. ¿Cómo se articula el sistema de vigilancia comunitaria con el Gobierno indígena con los comités de convivencias comunitarias, Gabinete del Poder Ciudadano y personal de salud?
5. ¿Cuáles son los factores restrictivos o facilitadores de la participación comunitaria?

ANEXO 2: ENTREVISTA COLECTIVA:

Participantes: Especialista en el entendimiento Ancestral del pueblo indígena.

Guía de preguntas:

1. ¿Para Ustedes cuáles son los elementos de identidad que caracteriza el MOSAFC y las convivencias comunitarias en salud?

- Madre Tierra: Mar, aguas termales.
 - Principios comunitarios.
 - Territorio.
 - Medicina tradicional
2. ¿Continúa habiendo diferencias para Ustedes entre la participación en la red comunitaria y red de convivencias comunitarias en salud?
 3. Cual es la relación de ustedes con el personal del MINSA, con respecto a referir paciente y contra referencia de paciente por parte del personal de salud?
 4. ¿Considera Usted que es valorado su trabajo como especialista del Entendimiento ancestral por el Personal de salud?
 5. ¿De qué forma se relacionan como Especialista del entendimiento ancestral en la articulación del sistema de vigilancia comunitaria con los comités de convivencias y Gobierno indígena?
 6. ¿Cómo se genera la participación en organización comunitaria, educación para la convivencia y gestión para las convivencias en relación a ambos Modelos de salud en la comunidad?

ANEXO 3:

Instrumento: Preguntas generadoras: Entrevista individual

Participantes: Personal de Salud

Guía de preguntas:

1. ¿Para Ustedes cuáles son los elementos de identidad que caracteriza el MOSAFC y las convivencias comunitarias en salud?
2. ¿Continúa habiendo diferencias para Ustedes entre la participación en la red comunitaria y red de convivencias comunitarias en salud?

3. ¿Cómo se genera la participación en los componentes de organización comunitaria, educación y gestión para las convivencias en relación a ambos Modelos de salud en la comunidad?
4. ¿Cómo se articula el sistema de vigilancia comunitaria con el Gobierno indígena con los comités de convivencias comunitarias, personal de salud?
5. ¿Cuáles son los factores restrictivos o facilitadores de la participación comunitaria?

Cuadro No.1 Informantes claves de la IAP:

		Virgen Mo- rena	Salinas	TOTAL
Terapeutas Tradi- cionales	Partera	2	1	3
	CURANDERA	2	1	2
	SOBADOR	1	0	1
Maestros		3	1	4
Comité Convi- vencia		15	3	18
Autoridades Indí- genas	Junta directiva y ancianos	Junta Directiva	Ancianos	
		5	3	8
Usuarios				4
Autoridades de salud	Médicos			1
	Personal de en- fermería			1
GPC				3
Total				45

Revisión documental.

Descriptor	Indicadores	Revisión	Fuente de información
Organización comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • 8 comité de convivencias comunitarias por sectores instalados y funcionando. • Para el año 2007, se instala la red comunitaria con 35 miembros según perfil de trabajo. • Para el año 2008, 89 miembros activos conforman la red comunitaria carnetizados según perfil de trabajo que desempeña en la comunidad. • 8 Planes comunitarios elaborados e implementados por sectores. • 8 Censo comunitario y mapas según sectores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisado libro de acta No.2 de la Unidad de Salud Salinas de Nagualapa. • Revisado libro de acta del Pueblo Indígena salinas. • Registro estadístico y expediente de los miembros de la red. • Registro estadístico y expediente de los miembros de la red. • Documento plan comunitario. • Censo y mapeos por sectores aprobado por las autoridades indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acta No.18-libro No.2. • Acta No.47 • Libro de acta de la unidad de salud Acta No. 1 – libro 2 • Acta No.18-libro 2 de la Unidad de salud. • Libro de acta de la autoridad indígena-Acta No.58 • Documento de la autoridad indígena. • Acta No.20 de la Unidad de salud.

Formacion de los Comités de Convivencias Cominitarias en Salinas de Nagualapa.

Resumen:

Las asambleas comunitaria realizada en cada sector, un total de 8 sectores en este Pueblo, se promovieron procesos de armonización comunitaria, es decir, la elección de sus representante. Este proceso

fue guiado por los Mayores, Junta Directiva con la participación del personal de salud.

Comité # 1: Entrada a Popoyo.

Presidenta: Sara López Castillo.
 Vicepresidente: Leandro Salomón López.
 Secretaria: Ileana de los Ángeles Corrales Baltodano.
 Tesorera: Ana Rosa López Rojas.
 Fiscal: Eduviges Victorino Vargas.
 Vocal: Juana Antonia Chevez.

Comité # 2: SALINAS

Presidenta: Ivania López.
 Vicepresidente: Víctor Torrez.
 Secretario: Isayana Carolina Rojas.
 Tesorero: Rosalío Acevedo López.
 1er Vocal: Jamileth Obando.
 Fiscal: Elda Silva.

Comité # 3: Corazón de Jesús. (Salinas)

Presidente: Segundo Santiago Moraga.
 Vicepresidente: Medardo Yesca.
 Secretaria: María Filomena Ruiz.
 Tesorero: Hugo Moraga.
 Fiscal: Félix Antonio Torrez Salazar.
 1er Vocal: María Teresa Moraga.
 2do Vocal: Raúl Moraga Reyes.

Comité # 4: Puente de Nagualapa.(Salinas)

Presidenta: Teresa Moraga.
 Vicepresidente: Rigo Traña.
 Secretaria: Wendoling Moraga.
 Tesorero: Juan Norori.
 Fiscal: Giovany Loásiga.
 1er Vocal: Yadira Matamoros.
 2do Vocal: Jorge Gazo.

Comité # 5: Los Ángeles.

Presidenta: Adela Acevedo Rivas.
Vicepresidenta: Xiomara Salinas.
Secretaria: María Estela Acevedo Cruz.
Tesorera: Digna Acevedo Flores.
Fiscal: Reyna Isabel López.
1er Vocal: José Benito Ríos Bonilla.
2do Vocal: Bayardo José García.

Comité # 6: Julián Segura.

Presidente: Helen Madrigal.
Vicepresidente: Reyna Obando.
Secretaria: Geraldina Espinoza.
Tesorera: Martha Aleosor Segura.
1er Vocal: Ana Duarte.
2do Vocal: Agustín Chavarría.
Fiscal: Migdonia Segura.

Comité # 7: Thomas Murguía.

Presidenta: Mireya Guido.
Vicepresidente: Ramón Guido.
Secretaria: María Lily Martínez.
Tesorera: Lucía Acevedo.
Fiscal: Francisco Soza.
1er Vocal: Jorge Acosta.
2do Vocal: Doricel.

Comité # 8: Pedro López Guido.

Presidenta: Marcia Peña.
Vicepresidente: Merling Silva.
Secretaria: Silvia Reyes.
Tesorera: Aracely Soza.
Fiscal: Emilia Chávez.
1er Vocal: Francisca Silva.
2do Vocal: Maryuris Collado.

Misión, Visión y Ejes Transversales de URACCAN

Misión:

Formación de recursos humanos, con conocimientos y capacidades científico-técnica, actitudes humanistas, sentido del emprendimiento y la innovación, que contribuyen al fortalecimiento del sistema autónomo regional y del país.

Visión:

Ser líder en el paradigma de universidad comunitaria intercultural en el ámbito nacional e internacional, que acompaña procesos de desarrollo con identidad de los pueblos indígenas, mestizos, comunidades étnicas y afrodescendientes para la promoción de la ciudadanía intercultural.

Ejes transversales del funcionamiento institucional

- Interculturalidad.
- Género.
- Autonomía Regional.
- Integración.
- Desarrollo con Identidad.
- Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.
- Formación de Recursos Humanos.
- Construcción de Conocimientos.

Principios institucionales:

- La Autonomía Universitaria.
- La Accesibilidad.
- La Equidad.
- La Corresponsabilidad.
- La Comunicación horizontal.
- La Diversidad cultural.
- La Pertinencia.
- El Servicio Comunitario.
- La Unidad nacional.
- Identidad.